

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 novembre 2016

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

**A.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCES SA**, à [...], intimé.

---

**Art. 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** Le 2 juin 2012, B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) s'est blessée à l'épaule droite dans un geste mal accompli de fermeture de la portière de sa voiture, perdant prise en tendant son bras dans le vide avec un mouvement de force.

Une IRM de son épaule droite a été effectuée le 18 septembre 2012. Le rapport y relatif, établi le 20 septembre 2012 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, fait état d'une lésion myo-tendineuse grade 2 du supra-épineux et d'une petite déchirure partielle de la face profonde de l'enthèse distale du supra-épineux dans sa portion antérieure.

Dans son rapport médical adressé à l'assureur-accidents de l'assurée, A.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : A.\_\_\_\_\_ ou l'intimé) le 13 mai 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, indiquait qu'elle souffrait d'une lésion du sus-épineux de l'épaule droite, en plus d'une fibromyalgie probable et d'une entorse au genou droit et à la cheville droite intervenue en décembre 2012. Il précisait qu'il ne s'agissait pas d'un accident et que l'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 8 mars 2013.

Le 24 janvier 2014, l'assurée a fait parvenir à A.\_\_\_\_\_ une déclaration d'accident en rapport avec l'événement du 2 juin 2012.

Dans un rapport médical du 13 février 2014 adressé à A.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a posé comme diagnostic : « s/p réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée + ténodèse du LCB + synovectomie + acromioplastie par arthroscopie, épaule D, le 13.08.2013 ». Il précisait qu'au dernier contrôle, le 19 décembre 2013, l'assurée présentait une capsulite post-chirurgicale, qui allait se résorber au fil du temps, et qu'elle était en arrêt de travail à 100 % depuis le 13 août 2013. Le protocole d'opération confirmait l'existence d'une rupture quasi transfixiante du

tendon sus-épineux dans sa partie moyenne et d'une lésion de type SLAP II au niveau du tendon long chef du biceps.

A. \_\_\_\_\_ a mandaté le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, pour une expertise orthopédique. Dans son rapport du 25 avril 2014, celui-ci a conclu à une lésion partielle du tendon de la jonction myo-tendineuse du sus-épineux de l'épaule droite et un status après réparation du tendon du sus-épineux par technique double rangée et ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite le 13 août 2013. Concernant la causalité naturelle avec l'événement du 2 juin 2012, il retenait ce qui suit :

« A mon avis, il est hautement improbable que la pathologie de l'épaule droite de votre assurée soit en relation avec l'événement du 2 juin 2012. Rappelons qu'il n'y a pas eu de chute ni de mouvement forcé de l'épaule droite. Elle a simplement fait un mouvement de rotation interne dans le vide en voulant fermer une portière de voiture. Rappelons que le muscle supra-épineux et son tendon sont essentiellement des abducteurs de l'épaule et des rotateurs externes. Je ne vois pas comment un mouvement de rotation interne dans le vide peut être susceptible de provoquer une lésion du tendon du sus-épineux.

[...]

A mon avis, la lésion du tendon du sus-épineux est d'origine malade. La simple coïncidence chronologique entre l'apparition des douleurs et l'événement de juin 2012 ne suffit pas en tant que preuve de causalité. »

S'agissant du statu quo sine, il notait qu'à son avis, celui-ci avait été retrouvé très rapidement et que l'événement du 2 juin 2012 n'était pas susceptible d'avoir provoqué les lésions découvertes lors de l'IRM de septembre 2012. En outre, il considérait qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident.

L'expert estimait que l'assurée était apte à reprendre à 50 % son activité d'aide comptable et réceptionniste, qui était adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assurée étant uniquement limitée par les douleurs. Une augmentation progressive du temps de travail était possible, en fonction de l'évolution clinique. Le Dr W. \_\_\_\_\_ précisait ne pas partager l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, lequel estimait que l'incapacité de travail était justifiée jusqu'à résolution complète de la capsulite et la récupération des amplitudes. Il recommandait une reprise progressive sur

deux mois, compte tenu de l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance. Finalement, il mentionnait que l'état de l'épaule droite s'était péjoré depuis l'intervention du 13 août 2013 et que l'assurée avait développé une capsulite rétractile. Son cas n'était pas stabilisé, mais une atteinte durable à l'intégrité était peu probable.

Par décision du 3 juillet 2014, A.\_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge l'événement du 2 juin 2012 au titre de l'assurance-accidents obligatoire et retiré l'effet suspensif à toute opposition. Se référant aux conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de l'assurée, l'assureur-accidents a également précisé qu'il lui verserait des indemnités journalières à 100 % jusqu'au 25 mai 2014, puis à 50 % jusqu'au 31 mai 2014 et à 30 % du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2014, une reprise du travail à 80 % ne donnant pas droit à une indemnité journalière.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 5 août 2014, par l'intermédiaire de son mandataire, alléguant que dans la mesure où les lésions étaient localisées au niveau des tendons, il y avait une présomption d'atteinte accidentelle ou assimilable à un accident.

Par courrier du 30 septembre 2014, l'assurée a soutenu que le Dr W.\_\_\_\_\_ aurait sollicité l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ à son sujet, ce qui démontrait que ce dernier avait davantage d'expérience en la matière.

Par décision sur opposition du 13 novembre 2014, A.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée. L'assureur-accidents a considéré qu'il n'y avait pas de facteur extraordinaire qui aurait marqué les circonstances, lesquelles s'étaient déroulées de manière tout à fait habituelle, nonobstant la douleur survenue. Selon lui, la glissade des doigts sur la portière n'était pas inhabituelle dans la vie de tous les jours et en aucun cas d'une telle violence que l'acte puisse être qualifié d'extraordinaire. A.\_\_\_\_\_ estimait qu'une déchirure du tendon, et non une lésion, était nécessaire pour retenir l'existence d'une lésion assimilée à un accident de sorte qu'il était superflu d'examiner si le fait de claquer une portière de voiture, même avec glissade des doigts, pouvait être

assimilé à une circonstance impliquant un risque de lésion accru, rappelant également que le Dr W. \_\_\_\_\_ avait nié la relation de causalité naturelle des troubles avec l'événement. A. \_\_\_\_\_ indiquait par ailleurs que l'expert contestait catégoriquement avoir consulté le Dr G. \_\_\_\_\_ pour obtenir son avis au sujet de l'assurée.

**B.** B. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 15 décembre 2014, concluant à son annulation, à la reconnaissance de son droit aux prestations au titre de l'assurance-accidents suite au sinistre du 2 juin 2012 et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction en vue de fixer les prestations et pour nouvelle décision à cet égard. Elle faisait valoir que l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ devait prévaloir puisque c'est lui qui avait traité ses atteintes, qu'il était donc le mieux à même d'apprécier la nature et l'ampleur des lésions ainsi que leur origine, et que le Dr W. \_\_\_\_\_ était d'ailleurs allé le consulter au sujet de l'assurée, ce qu'il était prêt à confirmer par écrit si nécessaire. La recourante estimait peu crédible qu'elle ait des tendons dégénérés à 46 ans déjà, d'autant moins qu'elle n'avait pas d'antécédents de lésions malades ou accidentelles de son épaule. Elle considérait que le caractère extraordinaire de l'accident tenait au fait que généralement on ne ratait pas une porte de véhicule en la fermant, que le fait de la pousser vivement (avec vitesse et force) pour vaincre son inertie et de la manquer involontairement sortait de l'ordinaire et était une manœuvre susceptible de léser une articulation à froid lorsqu'elle est sollicitée, en plus, avec un important porte-à-faux. Elle comparait ce geste à celui d'un footballeur qui tire dans le vide.

Dans sa réponse du 21 janvier 2014 [recte : 2015], l'intimé faisait remarquer qu'elle ne s'était pas fondée sur l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ dans ses décisions. Elle invoquait que la recourante prétendait avoir été victime d'un accident plus de 18 mois après avoir déclaré ses troubles en tant que maladie et alors qu'elle arrivait à la fin des prestations y relatives, précisant en outre qu'elle n'avait dû interrompre son travail qu'à partir du 8 mars 2013. Elle estimait que le mouvement dans le vide ne pouvait pas être considéré comme un facteur extérieur

extraordinaire et que l'événement du 2 juin 2012 ne constituait pas un risque de lésion accru.

Par réplique du 20 mars 2015, la recourante a jugé hors de propos les considérations de A.\_\_\_\_\_ au sujet de son passage à l'assurance individuelle et a produit de nombreuses pièces, notamment :

- une lettre du Dr G.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2013, dans laquelle il indiquait : « En ce qui concerne le caractère maladie ou accident de l'atteinte de Mme B.\_\_\_\_\_, il est clair que l'atteinte en elle-même est plutôt de type traumatique » ;
- un rapport médical du 19 août 2013 dans lequel il constatait la rupture quasi transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite et une lésion de type SLAP II ;
- des documents en rapport avec les indemnités journalières de A.\_\_\_\_\_, lesquelles ont continué à être versées compte tenu de la totale incapacité de travail que l'assurée subissait depuis le 18 mars 2014 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel ayant évolué de moyen à sévère, pour lequel elle était suivie par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;
- des pièces tendant à prouver que la porte de son véhicule était particulièrement lourde, à savoir 18,42 kg selon une attestation de l'importateur, et nécessitait de la force pour la fermer, ce qui pouvait être vérifié lors d'une visite locale si nécessaire.

Par duplique du 20 avril 2015, l'intimé a fait valoir que le poids d'une portière de voiture était de 18 à 25 kg.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA).

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si les lésions présentées par la recourante au niveau de son épaule droite, ceci à la suite de l'extension de son bras effectuée dans le vide avec un mouvement de force, doivent être prises en charge par l'assureur intimé au titre de l'assurance-accidents, en présence d'une lésion assimilable à un accident, respectivement d'un lien de causalité entre cet événement et les troubles constatés.

**3.** L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel,

le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 129 V 402 consid. 4.3 p. 406).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas

causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 p. 328 ; 116 V 136 consid. 4a p. 140 ; 116 V 145 consid. 2b p. 147).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b p. 44 ; 116 V 145 consid. 2c p. 147 ; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on

se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C\_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C\_357/2007, déjà cité, consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 2 juin 2012 a déclenché les symptômes ressentis par l'assurée à son épaule droite et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence une lésion du tendon sus-épineux.

La nature de cette lésion est toutefois disputée en ce sens que l'intimé estime, sur la base du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, qu'il ne s'agit pas d'une déchirure dudit tendon. A l'avis de ce spécialiste, il y a toutefois lieu de préférer celui du médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, également chirurgien orthopédiste, de surcroît spécialiste en chirurgie de l'épaule, lequel a suivi l'assurée à sa consultation et a procédé au traitement chirurgical, sans que le protocole opératoire ait été mis en doute. Ses conclusions rejoignent du reste celles du Dr X.\_\_\_\_\_, lequel avait préalablement procédé à l'IRM de l'épaule de l'assurée.

Partant, il convient de retenir que la lésion en question relève d'une rupture quasi transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite, sous forme d'une petite déchirure partielle de la face profonde de l'insertion distale.

Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c p. 306 ; TF 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

S'agissant d'une déchirure partielle de tendon, objectivée lors de l'opération du 13 août 2013, il s'agit donc d'une lésion assimilable à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

A ce constat s'ajoute celui qu'il n'est pas clairement établi – ni même allégué – que l'origine de la lésion puisse être de nature exclusivement malade ou dégénérative, au sens de cette disposition. Il faut au contraire relever que le Dr G.\_\_\_\_\_, qui a procédé à l'opération, a affirmé qu'il s'agissait d'une atteinte plutôt de type traumatique (cf. certificat médical du 31 octobre 2013). Il n'est donc pas requis que le facteur extérieur à l'origine de la lésion – en l'occurrence l'extension du bras effectuée dans le vide avec un mouvement de force – soit de caractère extraordinaire.

Enfin, il y a lieu de retenir que l'on se trouve bien en présence d'un facteur extérieur susceptible d'avoir causé la lésion, dès lors que l'action vulnérante subie par l'assurée est clairement rattachée à l'événement en question, lequel a déclenché les symptômes ressentis, alors que les examens pratiqués ensuite ont confirmé ce constat. Il s'agissait par ailleurs d'un changement de position du corps brusque et incontrôlé du fait d'avoir manqué sa cible, de nature à provoquer une lésion corporelle (cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470).

Des considérants qui précèdent, il résulte que l'on est bien en présence d'une lésion accidentelle couverte par l'assurance-accident. Il appartient donc à l'intimé de prendre en charge les suites de la lésion à l'épaule droite dont souffre l'assurée et d'allouer ses prestations.

Ainsi fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant réformée en conséquence.

**5.** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais à la charge de l'intimé, lequel versera à la recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 novembre 2014 par A.\_\_\_\_\_ Assurances SA est réformée en ce sens les suites de la lésion à l'épaule droite consécutive à l'événement accidentel

du 2 juin 2012 sont prises en charge au titre de l'assurance-accidents.

**III.** A. \_\_\_\_\_ Assurances SA versera à B. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- A. \_\_\_\_\_ Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :